



DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL
Departamento de Abastecimiento



ORDEN DE COMPRA

SEÑORES: SURTIDORA SALVADOREÑA FERRETERA, S.A. DE C.V.	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA: 006/ 2015 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION: 036/ 2015 NUMERO DE LIBRE GESTION: 036/ 2015 FUENTE: FONDO GENERAL
--	--

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA, SEGÚN DETALLE, DE LOS SUMINISTROS DE "MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN" DESCRITOS EN LOS ITEMS DE ESTA ORDEN DE COMPRA, TOMANDO EN CUENTA PARA ELLO LAS CONDICIONES DE FACTURACIÓN Y OBLIGACIONES DEL SUMINISTRANTE, INDICADAS EN LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA.

Dependencia Solicitante:	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL (MANTENIMIENTO GENERAL)	Forma de Pago:	Crédito a 60 días		
Ítem	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
8	70212763 LIJA PARA AGUA No. 100, PLIEGO. LIJA PRA AGUA No. 100, PLIEGO, MARCA: NORTO O 3M	52	C/U	\$ 0.45	\$ 23.40
9	70212765 LIJA PARA AGUA No. 150, PLIEGO. LIJA PRA AGUA No. 150, PLIEGO, MARCA: NORTO O 3M	70	C/U	\$ 0.55	\$ 38.50
Cantidad en letras:	SESENTAY UNO 90/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA			SUMAN. >	\$ 61.90
Cifrado Presupuestario:	2015-3200-3-02-01-21-1-54111 2015-3200-3-02-01-21-1-54118 2015-3200-3-02-01-21-1-54119				
Destino:	Para Unidades Comunitarias de Salud Familiar y Sede Regional				
Nota:	En caso de no realizarse esta negociación, le rogamos devolver esta Orden de Compra, en Original, a las oficinas del Departamento de Abastecimiento, de la Región Occidental de Salud.				

PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN:

Presentar factura duplicado-cliente mas cuatro copias, con las especificaciones siguientes:

- 1 En la parte superior debe describir Ministerio de Salud, Región Occidental, Fondo General
- 2 La descripción del suministro o servicio, deberá describirlo en la factura de acuerdo como aparece en la Orden de Compra, por cada ítem.
- 3 Antes de la descripción, deberá describir el número de ítem y seguidamente el código del suministro o servicio.
- 4 Deberá describir el número de Libre Gestión y de Orden de Compra.

OBLIGACIONES DEL SUMINISTRANTE:

- 1 Enviar al Departamento de Abastecimiento de la Región Occidental de Salud, Copia de la factura para que sea revisada antes de la recepción del suministro o servicio.
- 2 Después de la recepción del suministro o servicio deberá presentar al Departamento de Abastecimiento, las Facturas originales mas cuatro (4) copias, Actas de Recepción debidamente firmadas por la persona que entrega y la que recibe, juntamente con el Administrador de Contrato.
- 3 Antes de realizar la entrega de los suministros o servicios, deberá coordinar con el Administrador de Contrato.
- 4 A toda factura que exceda de los \$ 100.00 Dolares de los Estados Unidos de América, le aplicara el 1% de retención, según lo establece el Artículo 162 del Código Tributario.
- 5 Garantizar el fiel cumplimiento de todas y cada una de las estipulaciones contenidas en esta Orden de Compra, principalmente las fechas de entrega; y en caso de incumplimiento total o parcial, el Ministerio de Salud procederá a la aplicación de las sanciones previstas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).

PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:

Administrador de Contrato.:

Ing. Carlos Ernesto Hernández
Teléfono: 2447-4062

Guardalmacen.:

Sr. Juan Francisco Rosales
Teléfono: 2441-0270

Tiempo de entrega.:

La entrega de los suministros debe realizarse a mas tardar 15 días hábiles después de recibida la Orden de Compra

Fecha de Recepción de Orden de Compra: _____

Fecha Programada para Entrega: _____

Dirección del Almacén de Suministros:
(Región Occidental de Salud)

21a. Avenida Sur, entre 3a. Y 5a. Calle Oriente,
atrás del Centro de Rehabilitación Integral de
Occidente (CRIO), Santa Ana

ORIGINAL:	La Contratista	Revisó	Por el Contratante	Por la Contratista
	UFI - Minsal			
	Abastecimiento			
COPIA:	Almacén			
	Administrador			
	Programación y control			
		Lic. Benjamin Pineda Martinez Coordinador de Abastecimiento	Dra. Dora María Vega de Sánchez Directora Región Occidental de Salud	Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa